

Année 1970

THÈSE

N°

171

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Christian FAGUER

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 8 Mai 1939 à PARIS 16e

Présentée et soutenue publiquement le

L'HYSTERECTOMIE A TRAVERS L'HISTOIRE

Président : André SICARD, Professeur

Année 1970

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme d'État)

PAR

Christian FAGUER

Interne des Hôpitaux de Paris

Né le 8 Mai 1939 à PARIS 16e

Présentée et soutenue publiquement le

L'HYSTERECTOMIE A TRAVERS L'HISTOIRE

Président : André SICARD, Professeur

THÈSE

1870

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée par

M. J. J.

Docteur en Médecine

à la Faculté de Médecine de Paris

pour obtenir le grade de

Docteur en Médecine

sur la thèse de

M. J. J.



A mes parents

A ma femme et mes enfants

A mes amis

A tous ceux et celles qui m'ont apporté leur temps, leur
expérience et leur soutien pendant l'élaboration de
ce travail.

A notre Maître

Monsieur le Professeur André SICARD

Professeur de Clinique chirurgicale de la Faculté
de Médecine de Paris

qui nous a fait le grand honneur d'accepter
la présidence de cette thèse.

Qu'il trouve ici le témoignage de notre
profonde admiration et de notre respec-
tueuse et fidèle reconnaissance.

A Monsieur le Professeur Emile HERVET

Qui guida mes premiers pas obstétricaux
et m'initia à la chirurgie gynécologique.

En témoignage du jeune Interne que je fus.

A Monsieur le Professeur Jean LEVY

Qui nous donna le goût de l'observation,
de l'efficacité et du respect de l'être
humain.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression
de nos remerciements sincères et de notre
très amical attachement.

A Monsieur le Professeur Jean NATALI

Qui a bien voulu nous faire profiter
de sa compétence et de sa patience.

En témoignage de respectueux attachement.

A Monsieur le Docteur GOZLAND

En témoignage de notre respect

A Monsieur le Docteur NARDI
A Monsieur le Docteur VIGUIE
A Monsieur le Docteur CABY
A Monsieur le Docteur BARRAT
A Monsieur le Docteur MELCHIOR
A Monsieur le Docteur GIMBERT
A Monsieur le Docteur GOMART

En témoignage de ma profonde amitié.

A nos Maîtres dans les Hôpitaux :

Externat

Monsieur le Docteur SAUVAGE
Monsieur le Docteur LE BRIGAND
Monsieur le Professeur PADOVANI
Monsieur le Docteur VIGUIE
Monsieur le Professeur DUPERRAT
Monsieur le Professeur DEROT
Monsieur le Professeur LAPLANE
Monsieur le Docteur AUCLAIR
Monsieur le Docteur SERINGE

Internat de la Région de Paris

Monsieur le Docteur CABY

Internat des Hôpitaux de Paris

Monsieur le Professeur HERVET
Monsieur le Professeur Agrégé LEVY
Monsieur le Docteur GOZLAND
Monsieur le Professeur SICARD
Monsieur le Docteur CALVET

INTRODUCTION

"Tout état de choses actuel, pour déterminé, pour enfermé dans une forme définitive qu'il puisse paraître, n'est en réalité qu'une phase du devenir ".

Vieille comme le temps, la spécialité gynécologique a souvent servi de fil d'Ariane aux nombreuses études de l'histoire de la Médecine. L'obstétrique, que l'on ne saurait séparer de sa soeur, la gynécologie, compte également parmi les pratiques médicales les plus reculées dans le temps. L'opération césarienne, vieille comme le monde, n'a-t-elle pas été l'une des raisons d'être de nos toutes premières laparotomies ?

Notre intention n'est pas d'ailleurs de faire une étude exhaustive de toutes les étapes jalonnant l'histoire de la gynécologie et de l'obstétrique, travail déjà exécuté à plusieurs reprises et combien enrichissant ! Empruntant à l'histoire de ces deux spécialités voisines bon nombre de faits marquants, nous voulons, sans pour autant refaire l'histoire de la chirurgie, tâche combien prétentieuse, seulement resituer dans le passé les étapes qui ont permis de réaliser la technique à la fois dépouillée et réglée de l'hystérectomie telle qu'elle est pratiquée de nos jours.

L'historique de l'hystérectomie n'est pas l'histoire de la chirurgie abdominale ou vaginale ; moins encore l'histoire de la chirurgie gynécologique. C'est surtout remettre à leur juste valeur tantôt des hommes, tantôt des techniques qui, sans le biais de ce très humble essai, seraient restés dans l'oubli des temps, plus ou moins lointains d'ailleurs.

Le titre de notre travail peut surprendre par son caractère trop limitatif : nous voulons délibérément écarter les indications obstétricales de l'hystérectomie ; leur caractère exceptionnel et leur contexte nous écarteraient du but initial choisi qui, rappelons-le, est essentiellement l'étude historique d'une intervention bien précise ; d'autre part, nous avons volontairement évité de sombrer dans l'excès inverse, celui de l'historique de la chirurgie gynécologique tout court. Notre but n'est pas, encore une fois, de faire une énumération exhaustive de toutes les techniques d'intervention gynécologique et, par le biais malhonnête des noms célèbres qu'elle porte, d'en faire le panorama historique, mais essentiellement de retrouver par le passé et jusqu'à nos jours les hommes, les découvertes et les étapes qui ont permis de faire ce que l'hystérectomie est devenue actuellement.

Une fois justifié le titre de notre travail, reste à en préciser le mode de déroulement, ou mieux la planification pour répondre à un terme plus actuel. Nous avons envisagé plusieurs modalités : ou bien répondre à une exigence proprement historique, c'est à dire procéder par esprit chronologique et diviser cette histoire en périodes plus ou moins fructueuses entrecoupées de dates précises et souvent créatrices : un tel processus, plus fidèle à l'idée que l'on se fait de l'histoire nous a beaucoup tenté par sa simplicité ; nous l'avons délibérément écarté car bon nombre d'auteurs y ont déjà brillamment fait appel.

Nous pouvions également, à travers le passé, extraire et mettre en exergue les noms de ceux qui ont contribué avec souvent combien de génie, à l'édification d'une technique : c'était vouloir entreprendre une liste combien fastidieuse et souvent contradictoire qui n'aurait pas répondu à l'idée d'évolution et de progrès.

Par esprit de simplicité et par désir de systématisation, nous avons préféré partir d'une notion actuelle, l'hystérectomie-type telle qu'elle est admise par beaucoup actuellement. Nous avons arbitrairement

divisé cette intervention en temps opératoires successifs par respect de la technique proprement dite ; puis pour chacune de ces phases successives et respectives, nous avons recherché par le passé l'évolution des attitudes et des gestes qui ont permis d'aboutir à un comportement admis par la majorité des auteurs actuels, tout en sachant "qu'en matière de technique, rien ne saurait être définitif".

Ainsi nous diviserons schématiquement notre étude en chapitres :

- la coeliotomie gynécologique
- la ligature vasculaire
- l'ablation de la pièce
- la péritonisation et le drainage.

CHAPITRE I

LA COELIOTOMIE GYNECOLOGIQUE

Sous cette rubrique globale nous convenons au départ d'étudier l'historique des principaux gestes et techniques qui permettent l'abord de l'utérus proprement dit : l'anesthésie bien sûr, le dispositif opératoire, l'instrumentation, la laparatomie proprement dite.

La découverte de l'anesthésie dans le courant du XIX^e siècle fut indubitablement à l'origine des progrès incessants que devait connaître brutalement la technique chirurgicale. Point n'est besoin d'en retracer les conditions, mais ce qui frappe dans celles-ci c'est l'accueil sceptique pour ne pas dire sarcastique qui fut réservé à cette découverte capitale.

Il est classique de situer à 1847 la découverte de l'anesthésie. Nous pensons pour notre part que le privilège de celle-ci revient à un chimiste, Humphry DAVY, qui en 1800 découvrit les effets du protoxyde d'azote : la courte insensibilisation provoquée par ce gaz laissait place à une phase hilarante de réveil. Ayant expérimenté ce produit sur lui-même, H. DAVY en apprécia la portée pratique en matière chirurgicale, mais sa découverte ne reçut que désapprobation et mépris. C'est le propre d'un dentiste américain, Horace WELLS, d'avoir su exploiter la découverte de DAVY sur ses patients, avec succès pendant un temps ; malheureusement un échec mortel vient interrompre pour longtemps la destinée du "gaz hilarant".

C'est alors que MORTON, que l'on considère à tort comme le père

de l'anesthésie, eu l'idée sur les conseils de son maître JACKSON, d'utiliser en Juillet 1844 les vapeurs de l'éther chlorhydrique pour une extraction dentaire. Mais ce n'est que le 16 Octobre 1846 qu'eut lieu la première intervention sous anesthésie (éther sulfurique) ablation d'un angiome du cou par le chirurgien américain WARREN : le patient se réveillait alors sans aucun souvenir de l'opération. A l'éther on substitua bientôt le chloroforme (SIMPSON, 4 Septembre 1847) : ce dernier produit d'ailleurs avait connu le jour entre les mains du chimiste français SOUBEYRAN dès 1831.

Ainsi nacquit l'anesthésie, découverte du hasard, comme bien d'autres. Quand on sait la querelle qui opposa MORTON à son maître JACKSON quant aux droits réciproques à la priorité de la découverte, nous pensons qu'il était bon de resituer à leur juste valeur les noms trop oubliés de DAVY et de SOUBEYRAN.

Notre propos n'étant point de retracer l'histoire de l'anesthésie, nous arrêterons sciemment celle-ci à la date de 1847. La chirurgie pouvait prendre toute son expansion dès lors qu'il existait un moyen efficace de supprimer toute la douleur : l'abdomen ouvrait alors ses portes.

Peu après, la chirurgie allait connaître sa 2° révolution : la découverte de l'antiseptie par LISTER en 1867. Certes, la technique n'attendait pas cette date pour progresser et l'on connut alors les premiers succès de la chirurgie abdominale : extirpation d'un volumineux kyste de l'ovaire en 1858 par l'anglais Spencer WELLS ; ablation par voie abdominale d'un fibrome utérin par KOEBERLE à Strasbourg en 1863.

Ces opérations, le plus souvent gynécologiques, connurent des suites souvent difficiles, mais les succès se montraient très encourageants.

La découverte Listérienne devait donner à la chirurgie son visage

nouveau en lui permettant de progresser inlassablement jusqu'à nos jours. Notre but n'est pas de revivre les circonstances de la découverte de LISTER, si bien retracés par beaucoup mais d'associer au nom du savant anglais ceux de ses prédécesseurs qui souvent tombés dans l'oubli, lui ont permis de découvrir l'antiseptie.

La négation par PASTEUR de la génération spontanée, la lutte âpre et tenace qu'il opposa au naturaliste POUCHET, la tuberculisation des cobayes (VILLEMIN 1865), la transmission des maladies par les bactéries (DAVAINE 1866), tous ces faits n'étaient-ils pas les prémices logiques de la publication de LISTER dans The Lancet de 1867 : "si nous recherchons comment il peut se faire qu'une plaie extérieure communiquant avec le foyer de fracture puisse amener des suites aussi graves nous sommes forcés d'attribuer cela à la décomposition, par influence atmosphérique du sang épanché en quantité plus ou moins grande qui perd par la putréfaction son caractère indifférent et assume des propriétés âcres et irritantes, occasionnant des troubles locaux et généraux".

Il utilise comme antiseptique l'eau phéniquée diluée au 20°. Mais l'on sait que sa découverte fut loin dans l'immédiat d'avoir le retentissement mérité. Il fallut quelques années (1874) pour qu'un chirurgien français Just-Lucas CHAMPIONNIERE, en remplacement à l'Hôpital LARIBOISIERE, véritable bouillon de culture, emporte les convictions par la méthode Listérienne et gagne définitivement la cause de l'antiseptie.

Ces deux découvertes qui transformèrent radicalement la destinée de la chirurgie méritaient qu'on s'y arrête car elles seules permirent l'essor de la technique proprement dite qui, d'art improvisé et bien souvent mystérieux, devint bien vite science réglée et calculée.

Nous en apprécierons au mieux la réalité en revivant les phases qui ont jalonné l'histoire de la coeliotomie gynécologique proprement dite. S'il est bien reconnu actuellement que les premières interventions

pratiquées sur l'homme ne furent pas abdominales (trépanation, amputations, circoncision, subincision) il est impossible scientifiquement de préciser à quand remonte la première laparotomie : non pas que l'on soit à court de preuves mais surtout que l'on soupçonne fort la véracité de celles-ci. Cette précision, purement historique importe peu d'ailleurs : s'il est indubitable que nombreux gestes chirurgicaux parfois même bien réglés sont illustrés par certains documents véridiques il n'en est pas moins vrai que ces gestes et pratiques répondent le plus souvent à des impératifs mutilants et magiques et que l'on est en présence d'une chirurgie "de fait et non d'intention".

En ce qui concerne la coeliotomie il est vraisemblable que son histoire est tributaire de celle de l'opération césarienne. Sous Numa PAMPILIUS (700 avant Jésus-Christ) il avait été décrété par la "Lex Régia" l'obligation de faire la césarienne post mortem afin de sauver l'enfant d'une mère agonisante : "a caeso matris utero". Pline l'ancien cite Scipion l'africain, le premier César, car né de sa mère Aurélia par césarienne. Il semble donc que les premières laparotomies aient été pratiquées bien avant Hippocrate et c'est un fait important car le père de la Médecine si prolixe en matière de luxation, de fracture, d'accouchement même ne semble pas s'arrêter aux mystères de la cavité abdominale.

Bien qu'il soit difficile d'affirmer que de telles laparotomies aient été exécutées selon des abords sous-ombilicaux médians (et d'ailleurs quel intérêt!) il semble que ce soit le gynécologue allemand PFANNENSTIEL qui, en 1897, ait le premier recommandé et codifié l'incision transversale supra-pubienne qui porte son nom.

Enfin si l'hystérectomie seule doit nous intéresser, comment laisser dans l'oubli les précurseurs du strasbourgeois KOEBERLE qui, en 1863 effectua avec succès la première hystérectomie abdominale ?

Déjà l'époque prélistérienne devait fournir son contingent de

gynécologues chirurgiens : ainsi en 1809, l'américain Mac DOWELL qui pratiqua l'ablation d'un kyste de l'ovaire de 7 kg. NELATON pratiqua en France la première ovariectomie. En fait, le véritable père de la gynécologie moderne fut sans conteste Récamier (1774-1852) : il répand notamment l'usage du spéculum, pratique déjà des amputations de col utérin et, en 1829, fait une hystérectomie vaginale. En 1846, il crée le curetage utérin (curette à très long manche).

Peu après KOEBERLE, PEAN la même année (1863) pratique le deuxième l'hystérectomie abdominale. Par la suite, SEGOND, RICHELLOT, DOLERIS, DOYEN et Jean-Louis FAURE devaient parfaire la technique de l'hystérectomie, qui très rapidement acquerra le caractère réglé, intact dans son principe jusqu'à nos jours. Simultanément à l'étranger, WERTHEIM, en Autriche, codifie en 1898, l'hystérectomie élargie dans le traitement du cancer du col ; l'Anglais Lawson TAIT opère et sauve le premier en 1883 une grossesse extra-utérine rompue ; en Amérique, la gynécologie chirurgicale connaît un essor sans précédent qu'illustrent les noms de KELLY, MEIGS, CULLEN et bien d'autres.

Nous pensions légitime avant que d'entreprendre l'aspect technique et historique de l'hystérectomie, de saluer quelques-uns parmi ceux qui eurent le privilège de créer pour la première fois une technique de chirurgie sans pour autant passer à la postérité. C'est chose faite et nous pouvons donc pénétrer plus intimement l'évolution des différentes techniques proprement dites de l'hystérectomie.

Afin de respecter le "protocole" de l'intervention, il nous paraît donc licite d'étudier le temps opératoire suivant : la ligature vasculaire ou mieux l'hémostase des vaisseaux.

CHAPITRE II

LA LIGATURE VASCULAIRE

Que l'opérateur veuille réaliser une hystérectomie totale ou subtotale, conservatrice d'annexe ou castratrice, tôt ou tard au cours de l'intervention se posera un temps vasculaire d'hémostase : vaisseaux utérins dans tous les cas, lombovariens toujours si la castration est indiquée.

Si actuellement ce temps vasculaire est bien codifié dans sa réalisation, bien que de modalité variée, c'est selon des principes discutés par aucun : respect de l'uretère en ce qui concerne la ligature de l'artère utérine, respect de l'uretère encore au niveau du détroit supérieur et surtout, si elle se pose, respect de la vascularisation de l'ovaire. Ces principes une fois posés, il faut reconnaître que chaque opérateur peut donner libre cours à ses tendances personnelles : ligatures appuyées ou non, passées ou non, au fil résorbable ou non.

Notre but n'est pas d'opter pour l'une ou l'autre de ces techniques mais d'établir les faits marquants et successifs qui ont permis à l'hémostase de devenir ce qu'elle est de nos jours. Si l'hémostase est un geste aussi ancien que la plus vieille pratique chirurgicale (trépanation, amputation), il n'en est pas moins vrai que l'hémostase des vaisseaux abdominaux est d'histoire très récente (2° partie du XIX° siècle).

Certes, nous l'avons vu, des interventions abdominales étaient déjà pratiquées avec succès (ovariotomie et césarienne). Sans vouloir

contester la hardiesse et l'adresse de ces pionniers de l'abdomen, nous pensons que les problèmes vasculaires ne se posaient guère vis à vis d'interventions essentiellement d'ouverture ("Tomistes") et non d'ablation ("ectomie").

Il n'en est pas moins vrai que ces brillants opérateurs, et nous pensons volontiers à Spencer WELLS, KEITH, KOEBERLE et PEAN, connaissaient l'hémostase. Comment procédaient-ils ? Essentiellement par deux méthodes : la compression et la cautérisation.

Compression digitale d'abord qui était prolongée jusqu'à coagulation spontanée ; malheureusement les accidents hémorragiques dans les suites opératoires immédiates étaient très fréquents ; l'on vint donc à remplacer la compression digitale par la compression par champs laissés volontairement en place : on imagine volontiers les accidents créés par ces corps étrangers, tant infectieux dans l'immédiat que de reprise hémorragique lors de leur ablation ; quant à la cautérisation (fer porté au rouge le plus souvent) son maniement s'avérait difficile tant et si bien que son utilisation dans la chirurgie abdominale fut rapidement délaissée au profit de ses indications en matière de membres essentiellement. Il semble que les premières hystérectomies (KOEBERLE) aient comporté dans leur temps vasculaire, la cautérisation au fer rouge.

Le grand évènement en matière de chirurgie abdominale fut réalisé par la découverte de la pince hémostatique. Il semble que l'on puisse en attribuer la priorité une fois encore au strasbourgeois KOEBERLE en 1864. Certes, il existait déjà, comme le prouve le catalogue de CHARRIERE (1859) une pince dite "à verrou" mais cette dernière, utilisée pour les pansements, ne faisait pas partie de l'arsenal instrumental en chirurgie.

KOEBERLE eut donc l'idée de concevoir une pince comportant sur ses branches un système d'arrêt, permettant de la laisser en place et

d'assurer donc une hémostase temporaire. Cet instrument néanmoins par sa taille s'avérait incommode et d'un maniement difficile.

C'est pourquoi, quelques années plus tard (1868), PEAN eut l'idée de fabriquer la première pince (à mors) ou (à crans) qui reste encore un instrument très actuel.

Si l'hémostase temporaire trouvait donc une solution par cette création géniale, le problème de la ligature n'en était pas pour autant résolu. En effet quels étaient les moyens à la disposition de celle-ci ? le lin et la soie. L'un et l'autre, non stérilisés étaient la source d'infection et donc de lâchage secondaire avec leur corollaire hémorragique.

PEAN expérimenta donc le principe "de la pince laissée à demeure": mise en place lors de l'intervention, cette pince était conservée intra-abdominale pendant 48 heures puis enlevée en toute sécurité : on imagine néanmoins les problèmes de surveillance et les suites pariétales qu'un tel principe fort judicieux en soi devait susciter. Il n'en est pas moins vrai que la même année (1868) PEAN exécute avec succès plusieurs hystérectomies vaginales.

A partir de ce principe devaient d'ailleurs foisonner bon nombre de créations instrumentales : KOCHER, J.L. FAURE, TERRIER, etc... On voit donc que la découverte de la forcipressure fut un fait marquant dans l'histoire de la chirurgie (qui plus est gynécologique) au même titre, presque, que celle de l'anesthésie et de l'antisepsie.

C'est seulement une fois assimilées ces trois étapes que les techniciens proprement dits purent au mieux, donner libre cours à leur expérience chirurgicale et créer en quelques décades des méthodes qui pour beaucoup d'entre elles resteront d'actualité jusqu'à nos jours. Il en fut ainsi pour l'intervention qui fait l'objet de notre étude : l'hystérectomie.

CHAPITRE III

L'ABLATION DE LA PIECE

L'hystérectomie proprement dite, ou ablation de l'utérus, englobe sous ce vocable une variété de procédés qu'il serait à la fois fastidieux et mal venu de détailler respectivement. Par intérêt historique, nous avons compulsé bon nombre de traités relatifs à cette intervention et nous avons tenté d'arrêter notre choix sur quelques-uns d'entre eux seulement. Choix limitatif pour les uns, arbitraire pour les autres, mais n'est-ce pas la définition même de la notion de choix ?

Le premier ouvrage qui fait date dans l'histoire de cette technique nous paraît être sans conteste, "l'hystérectomie", par J.L. FAURE (1906). A la fois bilan des interventions passées, synthèse du déjà fait, cet ouvrage remarquable pour l'époque pourrait sans honte, figurer parmi les plus modernes de nos traités actuels de gynécologie chirurgicale.

"Plus j'ai appris à connaître cette opération, plus je me suis convaincu que son exécution ne doit point être laissée au hasard d'une inspiration qui peut être heureuse mais qui peut aussi être fatale, ou soumise à la routine étroite d'une technique immuable". J.L. FAURE dans l'introduction de son livre ne pose-t-il pas le premier les pierres de ce qui devait devenir par la suite la préoccupation majeure du chirurgien : l'indication chirurgicale ?

Comme nous l'avons annoncé au début de cette étude et par désir

de clarté nous séparerons systématiquement l'hystérectomie abdominale de l'hystérectomie vaginale. Par respect conformiste, nous étudierons d'abord l'hystérectomie abdominale tout en n'oubliant pas que le deuxième procédé (vaginal) eut l'exclusivité de la priorité historique (RECAMIER 1829 ; KOEBERLE 1863).

Bien que déjà évoqués lors d'un précédent chapitre, certains des éléments du dispositif opératoire méritent qu'on les souligne ; un fait surprenant : J.L. FAURE, prône l'aide unique arguant la septicité entraînée par la multiplicité des opérateurs, (fait raisonnable pour l'époque). Il insiste par ailleurs sur la nécessité de la position de TRENDELENBOURG, dès avant l'incision ; enfin il utilise des pinces que nous lui attribuons par ailleurs mais qui sont en fait la création de POZZI : J.L. FAURE en y ajoutant des griffes les a rendues illustres. Rien par ailleurs qui nous surprenne dans les autres éléments "préparatoires".

Il prône exclusivement l'hystérectomie subtotale pour des raisons de septicité, de statique et même de drainage (nous y reviendrons) enfin et surtout de simplicité. Ce fait peut surprendre voire irriter les défenseurs actuels de la totale, mais il faut se resituer dans le contexte de l'époque où chaque geste gagné, chaque seconde épargnée était d'incidence vitale. "C'est donc à l'hystérectomie subtotale que l'on aura recours systématiquement".

Quelle que soit la méthode adoptée, l'auteur insiste sur l'importance qu'il y a d'attaquer les adhérences de bas en haut en commençant par le pôle inférieur des lésions : règle restée de rigueur qui fait d'autant plus le mérite de J.L. FAURE, qu'il était amené à rencontrer des lésions annexielles très complexes, rarissimes de nos jours.

Il décrit quatre procédés d'hystérectomie subtotale : il n'en est pas le créateur exclusif. Ces procédés qui peuvent paraître un peu dépassés devant la technique dépouillée telle que nous la faisons actuel-

lement prouvent encore une fois que les lésions rencontrées alors exigeaient audace et imagination.

La décollation fut décrit par lui-même pour la première fois en 1900. Le pivot de l'opération réside dans la section première de l'isthme utérin au niveau d'une petite fossette excavée, médiane située au dessus de l'insertion des ligaments utéro-sacrés. L'isolement du corps utérin par rapport au col permet à la main de se frayer un chemin dans le ligament large, de le pédiculiser jusqu'au péritoine antérieur puis d'en faire la section - ligature. La ligature des utérines se fait pendant ou après la manoeuvre de pédiculisation. Tel est le principe de la décollation dite postérieure.

L'auteur précise que la décollation peut être menée d'avant en arrière par abord antérieur de l'isthme, ~~à~~ niveau du cul de sac vésico-utérin. Ce procédé utilisable sur les utérus rétrofléchis et bloqués a été à tort attribué à J.L. FAURE. La priorité en fait, en revient à l'Américain KELLY.

Disons, par simple souci historique, qu'il ne fallait pas plus de 20 secondes pour faire "tomber la pièce" une fois la décollation décidée.

Le deuxième procédé d'hystérectomie subtotale est réalisée selon le principe de l'incision continue transverse. Attribué à KELLY, il consiste à attaquer le ligament large droit de haut en bas, après ligature-section de l'utérovarien : plongeant à travers le ligament large jusqu'au contact de l'isthme on sectionne ensuite ce dernier et l'on remonte sur le côté gauche de bas en haut. Procédé plus ancien que la décollation, il semble avoir été à l'origine de déboires surtout dans les cas fréquents d'annexes très adhérentes.

Le troisième procédé, plus complexe est dit : extirpation première de l'utérus. Il a pour auteur TERRIER (1901). Il semble néanmoins que le principe même avait déjà été exprimé en 1898 par VILLAR, de Bordeaux et

par J.L. FAURE lui-même en 1898 défendant la thèse de son élève CHAPEYRON. Ce procédé consiste, après pose de deux longues KOCHER latéro-utérines descendues jusqu'à l'isthme à sectionner ensuite ce dernier puis à réaliser l'extirpation de l'utérus inter-annexielle, se réservant d'attaquer ensuite chacune des deux annexes : c'est dans les cas d'annexites doubles difficiles à enlever que ce procédé trouve ses indications principales.

Le quatrième et dernier procédé d'hystérectomie sub-totale est réalisé par l'hémisection. Décrit par J.L. FAURE, en 1897 pour les annexites suppurées, c'est KELLY qui le premier en a fait l'expérimentation pour les cas de fibrome. Section première de l'utérus sur la ligne médiane du fond vers le col, jusqu'à l'isthme au niveau du cul de sac vésico-utérin. La moitié droite est ainsi séparée du corps puis l'utérine ligaturée et sectionnée. On remonte ainsi de bas en haut vers l'annexe droite ; idem du côté opposé. Ce procédé impose un utérus petit et trouve sa meilleure indication dans les tumeurs incluses dans le ligament large.

Telles sont, en 1906, les techniques d'hystérectomie subtotale jusqu'alors pratiquées. Intervention pratiquement systématique (97%) elle ne doit pas faire oublier que nombreux étaient déjà les auteurs qui avaient publié sur l'hystérectomie totale. Là encore J.L. FAURE fait le point.

Ici, comme pour l'hystérectomie subtotale il ressort que la majorité des auteurs donnaient préférence aux techniques permettant l'attaque de l'utérus et de ses annexes par leur pôle inférieur, grand principe défendu et prôné par J.L. FAURE, alors chirurgien de l'Hôpital TENON.

DOYEN, selon le principe de la décollation postérieure propre à J.L. FAURE, propose alors l'abord postérieur premier du col : saisissant par l'intermédiaire d'une pince de Museux la lèvre postérieure du col

utérin qu'il attire vers le haut, il sectionne l'insertion vaginale tout autour de lui, "sans s'écarter du tissu utérin". Cette désinsertion permet au col de "monter", tendant les tractus cellulux qui l'unissent à la vessie et que l'on coupe alors. Le reste de l'intervention ne présentant pas d'intérêt particulier.

SECOND, reprenant le principe de l'américain KELLY, relatif à l'hystérectomie subtotale propose de l'appliquer à la totale. L'intervention se déroule de la même manière : section continue menée d'un côté à l'autre du pelvis, de tout l'appareil génital, en commençant par le côté où l'annexe est la plus accessible et libérable. Ce procédé fort décrié en son temps, présentait un risque majeur : l'attaque du col par le côté ce qui le rendait beaucoup plus agressif vis à vis de l'uretère que la technique de DOYEN.

Quant à l'hémisection utérine, défendue par J.L. FAURE, lui-même elle s'applique à l'hystérectomie totale selon les mêmes modalités que celles de la subtotale à cela près, qu'il faut préalablement pousser très bas le décollement vésico-utérin afin d'éviter de blesser la vessie lors de l'hémisection prolongée au col.

Telles sont au début de ce siècle les principales techniques préconisées en matière d'hystérectomies subtotale: surtout et totale. Simultanément apparaît dans les traités de technique un chapitre bien à part : l'hystérectomie pour cancer du col utérin. Bien qu'elle en soit à ses premiers balbutiements, la chirurgie carcinologique, seule thérapeutique opposée alors à ce mal incurable, fait toujours l'objet de publications très contradictoires, mais tous les auteurs sont d'accord pour en faire une chirurgie bien spéciale n'ayant rien de commun avec les techniques précédemment décrites.

J.L. FAURE, auquel nous nous référons une fois encore préconise l'ablation, en même temps que l'utérus, d'une partie du vagin (pour "dépasser les limites du mal") et du tissu cellulaire paracervical ("où le

néoplasme a une tendance à s'infiltrer").

Techniquement parlant, l'utérus doit être extirpé "de haut en bas". FREUND le premier avait déjà avancé cette notion que WERTHEIM par la suite devait reprendre avec multes détails. La première condition requise est la mobilité de l'utérus et la non infiltration des tissus paracervicaux, faute de quoi "mieux vaut s'abstenir et battre en retraite" : voilà de quoi faire sourire les défenseurs actuels d'une chirurgie sur néo avancé mais ces derniers ne bénéficient-ils pas aussi des découvertes faites par leur illustre prédécesseur, à ses risques... et à ceux de ses clients. C'est ainsi qu'il préconise la ligature première de l'hypogastrique "pour gagner du temps et économiser du sang, et surtout pour bien y voir", la découverte des uretères "que l'on doit voir", l'exérèse des ganglions iliaques ("bien que l'évidement ganglionnaire soit un leurre") .

Nous arrêterons là cette courte parenthèse sur la chirurgie du col utérin, nous réservant d'y revenir en détail par la suite, les rudiments de cette chirurgie n'étant qu'à peine ébauchés au début de ce siècle.

Point n'est le cas de l'hystérectomie vaginale, procédé connu de longue date, déjà bien réglé et vis à vis de laquelle s'opposent alors avec véhémence ses défenseurs et détracteurs.

Rappelons que RECAMIER, dès 1829, fait une hystérectomie vaginale bien avant la première hystérectomie abdominale (1863). Il semble même, qu'avant lui, en 1822, SAUTER (de CONSTANCE) ait réalisé "cette première" sans pince, ni ligature. Suivit alors une phase d'oubli (ou de déboire) puisque c'est seulement en 1878 que CZERNY pratique le premier l'hystérectomie vaginale suivant les techniques modernes.

PEAN, en France, fut le premier initiateur de cette technique qu'il pratique par morcellement de l'utérus et forci-pression des liga-

ments larges à l'aide des pinces qui portent son nom. En 1893, DOYEN préconise l'hémisection antérieure, SEGOND établit l'importance de la section du pied du ligament large pour l'abaissement utérin, RICHELOT généralise l'utilisation des pinces à demeure. C'est J.L. FAURE, une fois encore, qui codifie en 1906, les techniques dans son remarquable ouvrage sur l'hystérectomie.

Le procédé dit de DOYEN semble alors emporter les convictions : désinsertion vaginale en commençant par la face postérieure du col que l'on contourne ensuite pour passer en avant. Décollement vésico utérin ensuite, "au doigt" (qui a pénétré dans le douglas et fait le tour de l'utérus pour venir tendre le cul de sac vésico-isthmique). Hémisection antérieure de l'utérus que l'on mord de proche en proche et que l'on extériorise ainsi dans sa totalité. Puis prise dans les mors de deux pinces qui se chevauchent, de la totalité du ligament large que l'on sectionne ainsi. Enfin J.L. FAURE défend le principe des pinces à demeure plutôt que celui des ligatures perdues.

Le procédé de SEGOND s'inspire du précédent mais trouve son indication dans les utérus adhérentiels "ne descendant pas". SEGOND préconise alors la section du pied du ligament large par pose de pinces de PEAN sur le tissu de chaque côté du col. La simple section permet souvent au col un abaissement de 2 ou 3 cm facilitant la suite de l'opération.

Simultanément, MULLER et QUENU proposent l'hémisection totale (et non plus seulement antérieure) de l'utérus, lorsque la résistance à l'abaissement semble invincible. Enfin, FAURE dans les cas les plus difficiles prônent la segmentation transversale utérine voire le morcellement (reprenant ainsi une idée chère à PEAN et à SEGOND) dont il établit les règles princeps : ne jamais perdre le contact de l'utérus ; ne jamais s'écarter de la ligne médiane.

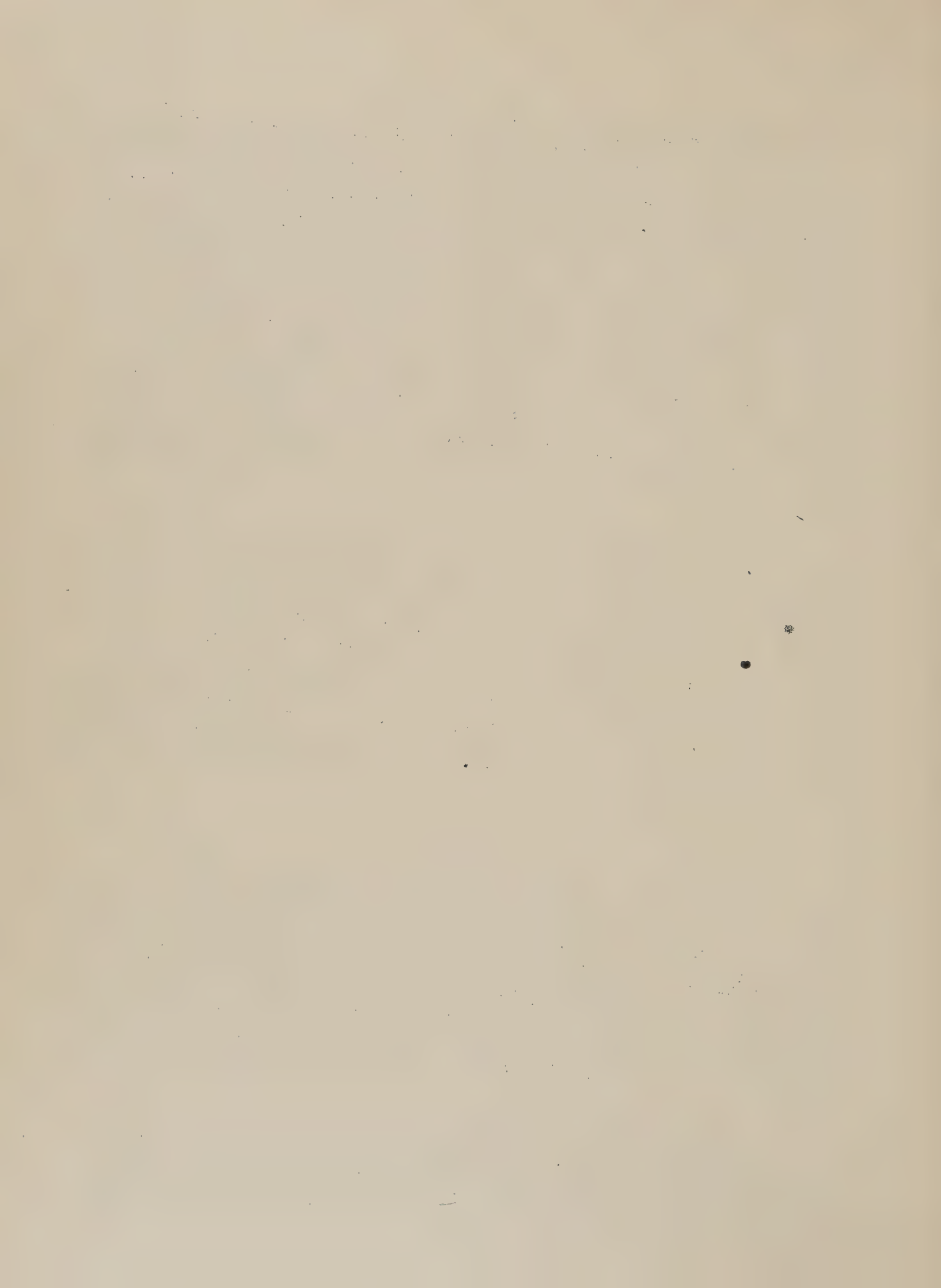
Telles se présentaient les techniques d'hystérectomie vaginale au début de ce siècle. Ce qui caractérise cette intervention vis à vis

de son homologue abdominal c'est le fait qu'elle est parvenue rapidement à un protocole opératoire dont les principes diffèrent très peu de ceux suivis de nos jours. Autant l'hystérectomie abdominale devait par la suite se modifier, évoluer, se dépouiller, autant l'extirpation de l'utérus par voie vaginale devait peu à peu perdre son intérêt initial pour bientôt être reléguée au rang d'actes complémentaires (chirurgie du prolapsus par exemple) qui sortent un peu de notre sujet. Ch. NELATON et surtout J.L. FAURE tentèrent longtemps de lui préserver ses lettres de noblesse mais cette technique, il faut l'avouer, peut-être à tort, tomba peu à peu dans un oubli quasi total. Seuls les anglosaxons et les germaniques exploitèrent cette technique "dont ils ont mieux précisé les indications" (QUENU).

La deuxième partie de notre étude, relative à l'histoire de "l'extirpation de la pièce utérine" proprement dite portera donc sur l'évolution de ces techniques depuis le début du siècle (1906) jusqu'à nos jours. Pensant qu'il serait fastidieux et dénué d'intérêt de faire un relevé daté et exhaustif des différentes nouvelles techniques, nous pensons préférable d'en rappeler les événements marquants tout en restant convaincu que le principe établi par J.L. FAURE et ses prédécesseurs immédiats n'este dans leur majorité, d'actualité.

Deux tendances néanmoins se sont fait jour depuis, toutes les deux parallèles voire complémentaires d'ailleurs : une meilleure connaissance du col utérin d'une part et du processus carcinologique d'autre part avec leurs deux corollaires : la pratique plus systématique de l'hystérectomie totale (jusqu'alors exceptionnelle) et le développement de la chirurgie carcinologique (qui, nous l'avons vu, connaissait ses premiers balbutiements).

Il serait superflu et parfaitement inutile de vouloir en effet retracer l'évolution de l'hystérectomie subtotal de 1906 à nos jours. En un demi siècle, cette technique a certainement bénéficié des progrès



de l'anesthésie et de la réanimation, mais le geste opératoire n'a guère changé. Nous avons cherché, correspondant à cette période, l'ouvrage qui selon nous, reflétait le plus la synthèse de cette technique, et nous avons arrêté notre choix sur les "techniques chirurgicales", ouvrage remarquable publié par A.GOSSET en 1936, alors chirurgien de la Salpêtrière.

L'auteur et P. FUNCK BRENTANO font état de 2.261 hystérectomies supravaginales pratiquées pour fibrome dans la période comprise entre 1913 et 1934. Bilan : 71 décès, soit environ 2,7 %. Les causes de décès les plus fréquentes sont l'embolie pulmonaire, l'infection, la péritonite (à colibacilles). Après avoir souligné l'importance de la préparation des malades à l'intervention, la nécessité quasi-systématique de la vaccination pré-opératoire, l'auteur insiste sur quelques points particuliers "paraissant faciliter l'acte opératoire ou présenter un intérêt, quant aux suites de l'intervention".

C'est le procédé de TERRIER qui emporte la faveur de l'auteur : ce dernier souligne l'importance qu'il y a à pratiquer la ligature des pédicules avant leur section, afin d'éviter l'attrition de ces derniers sous les mors de la pince. Surtout considérer le moignon de col restant comme très septique et son corollaire : pratiquer l'hystérectomie supravaginale et non subtotale, afin de raccourcir la hauteur du moignon cervical restant ; d'autre part, évidemment du col au bistouri électrique et électro-coagulation de l'endocol. Quant au drainage nous y reviendrons lors de notre dernier chapitre.

Par la suite, tous les traités de techniques chirurgicales ne feront que célébrer la sagacité et le génie opératoire de J.L. FAURE, (QUENU, MOCQUOT) dont l'ouvrage restera le père de l'hystérectomie moderne.

Tout ne fut pas si aisé en ce qui concerne l'hystérectomie totale. Détracteurs et défenseurs se heurtèrent souvent violemment et nous pen-

sons, sans prendre position pour mieux être objectifs, que ces querelles eurent pour conséquence une meilleure connaissance du col utérin ce qui ne fut pas sans intérêt, tout au moins dans le domaine carcinologique.

Dans une première partie, nous verrons ce que devint l'hystérectomie totale au cours de ce demi-siècle ; puis nous vivrons les progrès de la chirurgie pour cancer du col durant la même période.

Les traités modernes portant sur l'hystérectomie totale font état habituellement d'une hystérectomie type (intra-faciale) suivie d'autres techniques dites "variantes de la technique de base" au rang desquelles on compte : l'hystérectomie extra-faciale, la subtotalisée, les autres types appliqués à telle ou telle lésion.

Il est tout de même frappant que l'histoire donne tort à une telle classification ; et pourtant quels ne furent pas les premiers procédés d'hystérectomie totale sinon d'hystérectomie transverse (SEGOND), l'abord antérieur premier (RICHELOT), l'abord postérieur premier (DOYEN), l'hystérectomie première et l'hémisection utérine (FAURE).

Nous ne reviendrons pas d'ailleurs sur l'historique de ces techniques préalablement abordées. Quant à l'hystérectomie intrafaciale, il faut reconnaître qu'elle fut créée bien après son homologue extrafacial. Comme on le sait, ce procédé doit son nom au fait que le plan de clivage de l'utérus avec la vessie et le péritoine antérieur du Douglas passe à l'extérieur des fascias pré et rétrocervicaux.

Technique plus aisée, elle n'en a pas moins été très attaquée du fait de ses risques per opératoires vis à vis des organes de voisinage (uretère, vessie). Effectivement à l'origine, l'hémostase de l'utérine et de la cervicovaginale se faisait par l'intermédiaire d'une pince unique et oblique atteignant en bas le bord du col utérin : ligature dangereuse, risquant d'attirer l'uretère. Une telle technique (proposée

par KOCHER puis GOSSET) fut à l'origine de déboires fâcheux. Ce fut tout le mérite de WIART d'inventer un procédé qui porte depuis son nom.

P. WIART en 1929, alors chirurgien de l'Hôpital LARIBOISIERE, fut en effet à l'origine d'un certain nombre d'artifices techniques destinés à prouver que l'hystérectomie abdominale totale "n'est pas du tout l'opération malaisée que bon nombre de chirurgiens répugnent encore à pratiquer". L'auteur devait peu après d'ailleurs exposer et discuter tous ces éléments dans la thèse de son élève DIAMANTBERGER.

L'auteur s'attaque alors aux deux arguments défendus par les détracteurs de l'hystérectomie totale, à savoir les risques divers de lésion urétérale et l'hémorragie au niveau des tranches vaginales, antérieure et postérieure. Aucun de ces deux dangers ne résiste en pratique à la bonne exécution des deux temps capitaux de l'intervention ; le décollement et la libération de la vessie qui emmène avec elle les uretères loin du champ opératoire ; la ligature "en bonne place" des utérines et de leurs branches cervicovaginales.

Deux conditions néanmoins doivent préalablement être remplies pour assurer une bonne exécution de cette technique : mobilité utérine suffisante ; douglas libre ou "rendu libre". Faute de quoi, mieux vaut renoncer à la totale et ne pratiquer qu'une subtotalé.

Le décollement péritonéo-vésical, fait capital, doit se faire sur toute la largeur de la vessie c'est à dire jusqu'aux cornes vésicales "points d'aboutissement des uretères". En bas, il doit être poussé jusqu'à ce que le museau de tanche soit directement perceptible sous la paroi du vagin. Ainsi sont éloignés les deux uretères "qu'on ne voit jamais et qu'on ne doit pas voir".

L'hémostase vasculaire est commandée bien sûr par la disposition anatomique des vaisseaux. Les branches de l'utérine sont : l'artère cer-

vico-vaginale, intraligamentaire, les rameaux longs pour le col, les rameaux courts pour le corps, enfin, l'artère rétrograde du fond de FREDET. Deux procédés sont alors possibles : ligature sur le tronc utérin, en dehors de l'uretère et avant l'entrecroisement ; ligature en dedans de l'uretère et qui doit être double : le pédicule utérin et le pédicule cervico-vaginal. Plus simple et moins mutilant, ce deuxième procédé emporte la faveur de l'auteur : première pince de J.L. FAURE, concavité en haut, comme on le fait pour une subtotal, à 2 cm environ au dessus du cul de sac vaginal. Pince placée perpendiculairement au col : le pédicule est sectionné par un coup de ciseaux qui contourne ensuite le bec de cette première pince pour faire ensuite une entaille d' $1\frac{1}{2}$ cm environ, verticale au ras du bord utérin. Le pédicule utérin s'écarte ainsi légèrement de ce bord et laisse à une 2^e pince la voie ouverte : celle-ci "un clamp droit, fort, à mors relativement courts "est insinuée verticalement" le long et au ras "du bord latéral du col utérin, poussée en bas jusqu'à dépasser ce dernier.

Avant toute section, une pince homologue est placée de l'autre côté. La section alors exécutée, "ne doit pas craindre de mordre sur le col et le vagin" afin d'éviter que la pince ne dérape. Quant à la ligature, pour gagner en sécurité elle doit être passée en travers de l'angle du vagin correspondant.

Nous reviendrons plus tard sur la technique de péritonisation proposée par P. WIART. Nous nous sommes volontairement étendus sur la technique proposée par cet auteur car, elle devait connaître par la suite un développement considérable. D'application courante aujourd'hui, elle a sonné le glas de l'hystérectomie subtotal de principe telle qu'elle existait encore dans les années 25.

Plus récente, l'hystérectomie totale intrafaciale, fut l'oeuvre d'ALDRIDGE qui en fit la première description. Cette technique fut propagée rapidement par de nombreux auteurs (RICHARDSON, KASER, HUGUIER et CERBONNET, H. ROBERT, etc...) et tend à gagner de plus en plus de terrain.

Son principe : "énuclée véritablement le col utérin à l'intérieur de la gaine fibromusculaire que lui constituent en avant le fascia précervical et en arrière le fascia rétrocervical". Ses avantages : suppression presque absolue du risque de blessure des organes voisins, meilleur respect de la statique en fin d'intervention.

Telles sont les deux grandes nouveautés techniques en ce demi-siècle en matière d'hystérectomie totale. Reconnaissons que si l'intra-faciale mérite le nom de procédé d'ALDRIDGE, l'extrafaciale, connue depuis longtemps ne doit à WIART que la précision fort judicieuse d'un artifice opératoire qui ne doit pas faire oublier les procédés initiaux des PEAN, FAURE et KELLY.

Enfin il ne saurait être question d'envisager l'histoire de l'hystérectomie sans rappeler certaines techniques qui, n'ont plus guère d'indication, mais qui ont fait en leur temps l'objet de nombreuses publications... et contestations. Nous pensons plus particulièrement à l'hystérectomie subtotale totalisée et aux hystérectomies dites partielles. Nous passerons volontiers sous silence les hystérectomies conservatrices qui ne posent pas à proprement parler de problèmes historiques, mais essentiellement techniques et physiologiques, et qui par là même nous feraient sortir du cadre de notre travail.

Il est classique de réserver le privilège historique de la première hystérectomie subtotale totalisée à BURNHAM (1853). Nous n'avons pas retrouvé trace de la publication dans les ouvrages de l'époque. Cette technique ne figure pas dans le livre de J.L. FAURE. En 1853, la technique d'hémostase par ligature ou pince n'existait pas encore. Quoiqu'il en soit, cet artifice tactique nous paraît présenter une grande importance comme la myomectomie première dans les volumineux fibromes, postérieurs par exemple, bloquant tout le champ opératoire et "ne montant pas".

Tout à fait accessoire, car abandonnée, l'hystérectomie fundique

a fait l'objet de nombreuses publications en son temps. Il semble que PFANNENSTIEL en soit l'initiateur. Cette technique porte pourtant le nom de "opération de BEUTTNER", décrite par lui en 1908. Nous n'opterons pas d'autant plus que ce procédé fut repris, simplifié et codifié par LECENE et GAUDART d'ALLAINES au milieu du siècle.

Nous pourrions multiplier des techniques, des noms mais ce serait prétendre faire oeuvre exhaustive sur les techniques d'hystérectomie, ce qui n'est pas notre but.

Nous avons au départ considéré ce demi siècle comme la période d'une meilleure connaissance du col utérin. Un premier corollaire : application plus systématique de l'hystérectomie totale tout en préservant vis à vis de la subtotalité des indications propres et très particulières. 2° corollaire : l'avènement de la chirurgie élargie en matière de cancer du col de l'utérus.

Les historiens "puristes" argumenteraient sévèrement notre système qui pourrait faire croire que le cancer du col ne reçut bien de cité qu'après 1900. Il n'en est rien et nous sommes tout à fait conscients de cette méprise. C'est par simple désir de clarté dans l'exposition, que nous avons voulu faire de 1906 (J.L. FAURE) la date princeps de transition.

Quels sont les faits ? en 1898, Pierre CURIE (1859-1906) et Marie CURIE (1867-1934) découvrent l'action thérapeutique du radium.

La même année l'autrichien WERTHEIM (1864-1920) codifie l'hystérectomie élargie dans la thérapeutique du cancer du col de l'utérus. L'une et l'autre ne connurent leur plein retentissement qu'au début du siècle. A titre de référence, ce n'est qu'en 1941 que PAPANICOLAOU et TRAUT publient leurs premiers travaux concernant le diagnostic cytologique du cancer utérin.

Une fois effectuée cette mise au point, notre propos est donc de retracer les différentes étapes parcourues par la technique d'hystérectomie dans le cancer du col.

Il semble que les déboires entraînés par l'amputation du col ou l'hystérectomie totale simple aient été à l'origine de la chirurgie élargie prônée par WERTHEIM. Quel fut, techniquement parlant, le protocole de l'hystérectomie élargie proposée par WERTHEIM (et CLARK) ? L'auteur a cherché à déborder l'extension du cancer tant vers le haut que latéralement. En hauteur, il préconise l'ablation large du vagin : colpectomie passant 5 cm au dessous de la tumeur ; latéralement WERTHEIM a bien compris que les ailerons sous-urétéraux étaient le siège de l'extension "en tache d'huile". Il prône donc l'exérèse de la lame sous-urétérale (paracolpium de WERNER) : quant à la lame sus-urétérale (paramétrium de WERNER) elle ne représente, pour WERTHEIM qu'une zone d'attaque vis à vis de la précédente ; l'auteur ne pouvait savoir que l'extension lymphatique emprunte cette lame sus-urétérale pour gagner les chaînes iliaques externes ; ces dernières, WERTHEIM ne les enlevait que si apparemment envahies. Enfin, en avant l'élargissement était nul puisqu'empruntant le clivage vésicovaginal ; en arrière, la douglassectomie préservait longtemps le rectum. L'opération, telle que l'a décrite WERTHEIM, peut donc s'intituler : colpohystérectomie élargie plus lymphadénectomie à la demande. Cette mise au point est d'importance car des erreurs tant par excès que par défauts furent par la suite commises quant à l'interprétation de cette technique.

Il va sans dire qu'une telle chirurgie, au début du siècle était grevée d'une mortalité et d'une morbidité alarmantes. Infection, mortalité per opératoire, complications thromboemboliques, hémorragies, suites urinaires fâcheuses, constituaient un lourd tribut vis à vis de ce traitement chirurgical comme en témoignent les conclusions de WERTHEIM lui-même dans son ouvrage sur la question (1911).

On comprend aisément l'enthousiasme que connurent à l'époque les

résultats satisfaisants affichés par le Radium et le mésotorium. Une courte anecdote rapporte qu'en 1913, E. WERTHEIM s'apprêtait à présenter une communication relative aux résultats obtenus par son intervention effectués dans son service depuis octobre 1911. Ce congrès qui siégeait à HALLE sur la saale en Allemagne célébra en quelque sorte la radiothérapie comme traitement électif du cancer du col utérin. Son ami A. DODERLEIN lui dit non sans compassion : "cher WERTHEIM, vous êtes un personnage historique, votre opération ne sera plus jamais faite". WERTHEIM retira alors impressionné, sa communication prévue. L'avenir devait infirmer bien sûr les prédictions de DODERLEIN.

Il n'en est pas moins vrai que la radiothérapie connut son heure de gloire et de déboires (parmi lesquels l'infection y était pour beaucoup). A partir de 1920, la radiothérapie supplanta pratiquement partout la chirurgie ; la même année, WERTHEIM mourait, date symbolique.

Ce dernier eut pourtant de nombreux adeptes et défenseurs. SCHAUTA (1849-1919), son compatriote, devant la mortalité désespérante de la chirurgie par voie haute, tenta non sans succès la voie basse. Son hystérectomie élargie par voie vaginopérinéale, présentée peu avant sa mort fit date : limitée techniquement dans l'exérèse sus-urétérale, l'auteur pratiquait un "élargissement" sous-urétéral beaucoup plus important que ne le faisait WERTHEIM ; malheureusement ces artifices ne parvenaient pas à diminuer les lourdes conséquences, urinaires entre autres.

Ainsi pendant deux décennies (1920-1940) la chirurgie, en la matière, connut une longue et désespérante éclipse. Certains auteurs, heureusement persistent dans la voie tracée par WERTHEIM et vont même plus loin. Ainsi R. MONOD en 1927 fait état à la SALPETRIERE de 75 cas de cancers cervico-utérins : Curithérapie pré-opératoire ; hystérectomie, simplifiée d'ailleurs 5 à 6 semaines après radium : hystérectomie la plus large possible avec lymphadenectomie. Bilan : 55,5 % de guérison à 3 ans.

Vers 1940, la chirurgie va connaître un renouveau dû essentiellement à deux faits : l'analyse des échecs de la radiothérapie isolée d'une part ; les progrès de la chirurgie en général et de l'anesthésie réanimation en particulier. Simultanément, en 1941 PAPANICOLAOU et TRAUT publient leurs premiers travaux concernant le diagnostic cytologique du cancer du col utérin, fait qui connaît, comme on le sait, un grand retentissement.

Le renouveau de l'hystérectomie élargie, vers les années 40 s'explique différemment : la notion de radiorésistance apparaît, notion très vague et même discutable pour beaucoup, qui vient remettre en question toutes les conclusions hâtives relatives aux bienfaits de la radiothérapie isolée ; d'autre part, et plus importante, apparaît la notion nouvelle d'évolution ganglionnaire : longtemps les chirurgiens ont délaissé cette dernière, plus par ignorance que par négligence, au profit de l'extension paramétriale de proche en proche. WERTHEIM n'enlevait pas systématiquement les ganglions iliaques mais seulement ceux qui paraissaient macroscopiquement envahis : Notion erronée et sujet à caution quand on sait maintenant que l'apparence macroscopique, en matière ganglionnaire, ne doit autoriser aucune conclusion sur le pronostic histologique. La démonstration de Jacques LEVEUF sur la fréquence de l'adénopathie précoce n'avait guère entamé les convictions de la majorité des auteurs jusqu'à ce que les radiothérapeutes eux-même mettent l'accent sur l'obstacle rencontré au niveau des ganglions.

Si l'action du radium sur la stérilisation des lésions du col et des paramètres est certaine, elle est de toutes façons insuffisante sur la prise ganglionnaire. Le renforcement par les rayons X et leur remplacement par le cobalt sont d'application trop récente pour en conclure un progrès flagrant sans vouloir entrer dans une polémique qui sortirait et nous éloignerait du cadre de notre étude, rappelons simplement que les uns (MEIGS) ont pu conclure au rôle favorable et donc néfaste du radium sur l'extension ganglionnaire ; d'autres, plus nombreux, ont préconisé l'association des deux traitements réservant à la chirurgie tantôt le curage ganglionnaire seul, (TAUSSIG) tantôt le curage ganglionnaire

plus une hystérectomie dite "de drainage" plus que d'exérèse cancéreuse (DARGENT) tantôt enfin lymphadenectomie et colpohystérectomie élargie (TAILHEFER).

Il semble que le curage ganglionnaire ait fait la majorité aussi bien des chirurgiens que des radiothérapeutes. Seule la modalité du traitement est controversée : radiothérapie préalable ou non ? hystérectomie élargie ou non ? nous n'opterons pas pour la seule raison que le problème technique de l'hystérectomie élargie nous intéresse exclusivement.

Nombreuses sont les techniques qui ont pu être proposées en matière d'hystérectomie élargie entre les années 40 et 60. Plutôt que d'omettre un nom, nous préférons n'en pas citer, sauf ceux de J. HUGUIER et G. CERBONNET dont le grand mérite fut en 58, puis surtout en 61, de codifier, classer et dépouiller toutes ces techniques.

Nous ne reviendrons pas bien sûr sur la colpohystérectomie élargie classique (WERTHEIM et CLARK) qui restera toujours l'intervention de référence. C'est par rapport à elle et surtout en fonction de l'élargissement aux paramètres que les auteurs distinguent :

La Lymphadénocolpohystérectomie élargie type 1 ou "petit WERTHEIM" qui associe l'exérèse de la lame sus-urétérale limitée à l'aileron de l'artère utérine (identique à l'opération de référence) et l'exérèse de la lame sous-urétérale para-cervicovaginale, ne débordant pas en dehors l'aplomb urétéral (moindre que dans l'opération de référence).

La Lymphadénocolpohystérectomie élargie type 2 ou "grand WERTHEIM" associant exérèse de la lame sus-urétérale (qui emporte tout l'aileron ombilico-utérin) et exérèse sous-urétérale débordant l'aplomb de l'uretère vers la paroi pelvienne.

La lymphadénocolpohystérectomie élargie type 3 ou "Cellulectomie pelvienne totale" qui déborde largement l'intervention de référence tant

par l'exérèse totale de l'aileron ombilico-utérin sus-urétéral que le curage celluleux complet, jusqu'à la paroi du pelvis, des ailerons sous-urétéraux.

Ce type 3 peut être élargi par exentération pelvienne antérieure (vessie) postérieure (rectum) ou totale.

La lymphadénectomie iliaque reste donc un geste commun à toutes ces techniques, geste systématique, anodin en soi, que WERTHEIM avait en son temps réservé aux seuls ganglions macroscopiquement suspects.

Récemment, et nous terminerons par elles, deux méthodes nouvelles de lymphadénocolpohystérectomie élargie sont venues élargir l'arsenal chirurgical du traitement du cancer du col : l'intervention de : SUBODTH-MITRA et celle du japonais MAGARA.

Ces deux interventions n'ont pas pour prétention de supplanter les techniques remarquablement codifiées par HUGUIER et CERBONNET et qui répondent actuellement le mieux aux exigences carcinologiques. Mais elles ont cherché par certains artifices à rendre les suites opératoires à la fois plus simples et plus courtes.

La lymphadenectomie iliopelvienne extrapéritonéale avec colpo-hystérectomie vaginale élargie en un seul temps a été décrite par SUBODTH - MITRA de Calcutta en 1960. L'originalité de cette intervention réside dans la combinaison des ressources de la chirurgie pelvienne extrapéritonéale poussée au maximum de ses possibilités aux avantages de la voie vaginale. En fait, la lymphadénectomie extra-péritonéale n'est pas de découverte récente, (LEVEUF, BECHET, READ, TAUSSIG) ; l'hystérectomie élargie par voie vaginale non plus (pratiquée couramment par les anglo-saxons). L'italien INGUILLIA réalise une intervention analogue mais en deux temps : hystérectomie vaginale élargie selon le principe de SCHAUTA-AMREICH et quelques semaines après lymphadénectomie extrapéritonéale. L'intervention de SUBODTH - MITRA, en un temps, allie donc la simplicité

des suites (urinaires notamment) et par ses moindres exigences anesthésiques, un risque opératoire minimisé. Elle trouve ses meilleurs indications sur les terrains fragiles et obèses. Il est encore trop tôt pour juger de la valeur carcinologique d'une telle technique.

"L'exérèse radicale" de MAGARA, professeur de Clinique Chirurgicale au NIPPON MEDICAL SCHOOL de TOKYO également très récente (1965), a été conçue dans un autre état d'esprit essentiellement carcinologique. Dans les cancers aux stades I et II, l'auteur utilise l'exérèse radicale simple ; dans les stades III, il enlève, avec les paramètres, les pédicules pariétaux du pelvis : C'est "l'exérèse élargie des paramètres". Il renonce au traitement chirurgical dans le Stade IV.

L'essentiel de la technique proposée par MAGARA, peut se résumer ainsi : abord du pelvis par la gauche (opérateur à droite) ; ouverture de l'espace pelvirectal supérieur ; lymphadénectomie iliaque externe puis sacrée et para-aortique ; exérèse radicale des paramètres (simple ou élargie) ouverture de l'espace rectovaginal ; libération des uretères.) La rapidité de telles interventions contribuent certainement à diminuer les chiffres de mortalité opératoire. Quant au pronostic, malgré les trois quarts de survies annoncées à 5 ans, il nous semble un peu tôt pour en tirer les conclusions. Nous arrêterons, peut-être trop arbitrairement, à MAGARA l'évolution historique de l'hystérectomie. Des premières hystérectomies faites "à l'arraché" et "au fer rouge" jusqu'aux techniques les plus réglées et les plus codifiées de nos jours, nous avons essayé d'en dégager les événements marquants, et les dates déterminantes. Intervention ayant eu sa vogue du fait de ses indications très vastes (fibrome, infection utéro-annexielle) elle semble actuellement non pas délaissée mais moins volontiers systématiquement pratiquée. N'est-ce-pas mieux ainsi ?

Une meilleure connaissance de la pathologie utérine, un arsenal plus varié d'interventions conservatrices, un dépistage plus précoce des affections gynécologiques, les antibiotiques, l'hormonothérapie enfin

limitent considérablement le champ des indications de l'hystérectomie. Le chirurgien doit agir méthodiquement, en posant les problèmes, en mettant en balance les avantages retirés et les inconvénients encourus par cette mutilation. J. HUGUIER commençait récemment un cours de technique sur l'hystérectomie en disant d'elle : "opération mutilante qui ne doit plus se concevoir que comme un dernier recours vis à vis d'affections rebelles à tout autre traitement même conservateur".

CHAPITRE IV

LA PERITONISATION ET LE DRAINAGE

Ces deux gestes terminaux de l'hystérectomie ont chacun leur histoire propre. Pour le chirurgien moderne, certaines techniques d'antan paraissent volontiers désuètes pour ne pas dire pittoresques, voire folkloriques. Et pourtant depuis toujours, ces deux gestes ont préoccupé l'esprit des opérateurs les plus brillants. Certains ont laissé leur nom à des artifices qui sont toujours d'actualité.

Le but de la péritonisation a toujours été de séparer de manière étanche des organes septiques (tranche vaginale ou cervicale) ou pouvant le devenir (surfaces de décollement, espaces morts ou déshabités), de la grande cavité péritonéale. Cette dernière étant le siège d'organes dont la mise en contact avec les zones précitées pourrait être à l'origine d'incidents ou d'accidents susceptibles de contrarier plus ou moins gravement les suites opératoires.

Les premiers procédés décrits de péritonisation remontent à la fin du siècle dernier. Pozzi pense qu'il faut attribuer la première péritonisation en chirurgie gynécologique au chirurgien SCHRODER. Il semble néanmoins que CHROBAK en 1891 ait le premier insisté sur la nécessité de l'enfouissement sous-séreux du moignon du col septique. Par la suite, en 1895, CONDAMIN (LYON) a étendu le principe de la péritonisation au recouvrement des surfaces cruentées des pédicules abdominaux. En 1896, Pierre DELBET insiste à son tour sur la péritonisation dans les salpingectomies. Mais bien vite, les auteurs se sont penchés sur le problème de la réfection du péritoine par suture de séreuses saines : c'est ainsi que

BARDENHEUER (1894) a mis en valeur l'utilité de la séreuse rectale et du mésosigmoïde. Son élève RIESENER, en 1896 fait état de 40 observations d'annexites suppurées opérées.

En France, la péritonisation connut son plein épanouissement grâce à CHAPUT, DURET (LILLE), SNEGUIREFF, TERRIER et surtout Edouard QUENU. Ce dernier l'illustra brillamment dans un certain nombre de mémoires : En novembre 1894 à la Société Anatomique, en 1899 au XIII^e Congrès de Chirurgie, en 1901 avec JUDET et en 1902 dans la thèse de ce dernier, enfin en 1903 à la Société Nationale de chirurgie. Edouard QUENU, le premier, a insisté sur la généralisation nécessaire de la péritonisation même au prix d'un cloisonnement haut du pelvis.

Les premières hystérectomies pratiquées et rapportées ne mentionnent pas la notion de péritonisation, bien que celle de drainage fut déjà très au point. Il faut attendre PEAN et J.L. FAURE pour voir évoquer ce problème. Ce dernier vers 1900 écrit : "il faut reconstituer aussi bien possible le territoire pelvien". FAURE utilisait un surjet au catgut N° 1 et l'aiguille à pédale : commençant le surjet par la gauche (fait non paradoxal puisqu'il se mettait à droite de la malade) il enfouissait les vaisseaux utéro-ovariens et les moignons du ligament rond. Il précise même qu'au niveau du col, à la partie médiane du surjet, il solidarisait le péritoine antérieur vésical presque au fond du douglas. Si le péritoine vient à faire défaut on peut être conduit à suturer le péritoine vésical au rectum voire à l'S iliaque. En 1900, il n'y a donc pratiquement plus rien à dire sur la péritonisation après hystérectomie.

La péritonisation basse, la plus souvent pratiquée, celle décrite remarquablement par J.L. FAURE, semble donc être le premier artifice de péritonisation pratiqué.

CHARRIER et GOSSET au début du siècle ont repris un artifice de péritonisation déjà décrit par J.L. FAURE : suture de la lèvre antérieure de l'incision de la brèche au péritoine latérorectal et prérectal. Cette

péritonisation moyenne qui a le gros avantage d'exclure le cul de sac de douglas a bénéficié des améliorations apportées par la suite par HUGUIER et CERBONNET : ces derniers ont insisté sur l'importance qu'il y avait à soulever le péritoine, quand on en fait la suture, de telle sorte que le pli formé soit perpendiculaire à la direction de l'uretère, qui sera ainsi à l'abri, notamment près des pédicules lombo-ovariens, où il est le plus vulnérable. D'autre part HUGUIER conseille de prendre dans le même surjet les trois plans : péritoine latéroréctal, lèvres postérieure de la brèche et lèvres antérieure, vésicale. Cette péritonisation décrite par FAURE, reprise par CHARRIER et GOSSET et améliorée par HUGUIER et CERBONNET a toujours fait la majorité : tantôt de principe, tantôt seulement lorsque la péritonisation basse n'est pas possible.

Un tel procédé s'avère parfois irréalisable techniquement (ce fut le cas notamment des lésions de suppuration et des adhérences telles que l'on pouvait les observer autrefois). Ce fut le mérite de WIART en 1929 de proposer un artifice de péritonisation qui porte son nom depuis.

L'auteur insiste alors sur la nécessité d'une péritonisation minutieuse. Cette dernière peut varier singulièrement selon qu'on se trouve en présence de l'une ou de l'autre des éventualités suivantes : tantôt le péritoine pelvien paraît sain ou tout au moins peu altéré (indication alors à la péritonisation "basse", des deux lèvres péritonéales si bien décrite par J.L. FAURE) ; tantôt le péritoine pelvien est très altéré, cruenté : il faut alors exclure cette cavité de la grande cavité péritonéale et la drainer. L'exclusion de la partie basse de la cavité pelvienne s'obtient par cloisonnement à l'aide du colon pelvien et de son méso. Ce cloisonnement doit bien sûr être tout à fait hermétique et à ce propos WIART reste très sceptique vis à vis de l'étanchéité des procédés avant lui par GOSSET (suture du péritoine vésical avec l'S iliaque) et par QUENU (suture du péritoine vésical au péritoine de la face antérieure du colon pelvien). Le surjet d'adossement colovésical doit commencer loin en arrière du moignon utéro-ovarien par un premier point en bourse passé au dessous du péritoine mobile et solide qui occupe le fond de la

"gouttière" latérale. Le surjet est mené d'arrière en avant, rapprochant péritoine pariétal, mésocolon puis colon lui-même. Tel est le procédé de péritonisation "haute" proposé par WIART dans les années 25.

Tous les autres procédés proposés depuis se sont toujours inspirés de l'un ou de plusieurs de ces trois procédés types. Nous passerons sous silence les artifices préconisés du type matériel synthétique (Coldefy) et filets de Tantale (CANTRELL) qui n'ont eu aucune diffusion.

En revanche, la péritonisation dite mixte proposée par CONTAMIN et FERRIEUX présente un certain intérêt : péritonisation de type bas latéralement associée à quelques points de type vésicorectal sur la ligne médiane.

L'histoire de la péritonisation est donc courte. Si les premiers auteurs ne semblent pas s'y être arrêtés, leur successeurs ont rapidement saisi la nécessité d'un tel geste tant pour la simplicité des suites que pour la meilleure rentabilité du drainage. C'est de ce dernier dont nous parlerons maintenant.

Le drainage a très vite été considéré par les chirurgiens de tout temps comme un acte essentiel. La hantise du "mal laissé en place", la précarité de l'hémostase, la gravité souvent dramatique des rétentions, ont toujours plaidé pour la réalité du drainage. Que de malades doivent leur vie à la mise en place d'un tube, d'une mèche, d'une lame ! Que de décès, à l'inverse, à mettre sur le compte d'un ventre refermé hermétiquement et esthétiquement ! l'histoire du drainage est longue et souvent pittoresque : que de procédés n'ont-ils pas été inventés depuis les champs laissés en place, jusqu'au tube de verre en passant par les drains métalliques et les extériorisations impressionnantes.

Nous verrons comme les procédés se sont multipliés, comme les drains ont gagné en qualité et en efficacité. Mais, en dépit de décou-

vertes géniales, il faut reconnaître que s'il est un terrain de discorde où s'opposent encore les plus prestigieux de nos chirurgiens, c'est bien celui du drainage. Il semble donc que le fait même de cette mésentente laisse à penser que le drainage est loin d'être au point et qu'il n'existe point un procédé type mais bien plusieurs. Nous nous attacherons à traiter exclusivement du drainage en matière d'hystérectomie, mais bien souvent nous serons amenés à dépasser ce cadre si nous voulons comprendre la justification de tel ou tel procédé.

Le véritable inventeur du drainage chirurgical fut CHASSAIGNAC qui en 1859 le premier, utilisa des tubes de caoutchouc perforés en plusieurs points de façon à assurer un écoulement continu au dehors des liquides contenus dans la cavité des abcès.

Ce fut un progrès considérable car il faut bien reconnaître que tous les procédés employés jusqu'alors drainaient souvent très mal, voire empêchaient l'écoulement des liquides septiques. La découverte de CHASSAIGNAC eut un retentissement considérable et dès 1863, le strasbourgeois KOEBERLE draine sa première hystérectomie abdominale par un long tube de verre pour permettre l'écoulement des épanchements inévitables. Ces deux noms restent donc indiscutablement liés à l'histoire du drainage chirurgical.

Délibérément nous passerons sous silence l'histoire du drainage avant 1859 car ce dernier ne trouvait d'indications que dans des interventions bien éloignées de la chirurgie gynécologique (membres essentiellement).

Après la découverte de CHASSAIGNAC et son application en gynécologie par KOEBERLE, la découverte par MIKULICZ, de Breslau, en 1880 fut également déterminante.

A une époque où l'antibiothérapie n'existait pas, où les lésions suppuratives étaient sans commune mesure avec celles observées de nos

jours, MIKULICZ inventa un procédé de drainage trop connu pour que nous nous y arrêtions longuement : sac de gaze, sommet vers le douglas, comblé de mèches multiples à la fois hémostatique et capillaire. Ablation des mèches à partir du 5^e jour et du sac beaucoup plus tard (14^e). Drainage impressionnant qui a sauvé de nombreuses vies et qui n'a pas toujours reçu auprès des chirurgiens un accueil mérité.

Signalons, pour l'histoire, que le drain de MIKULICZ (1880) fut introduit en France par POZZI (1888) puis vulgarisé par la suite par J.L. FAURE.

MOULONGUET en 1894 dans les Archives Provinciales de Chirurgie fait le procès de ce type de drainage : "ascendant qui n'a plus pour objet de servir de contrôle mais qui est destiné à faire remonter les matériaux à éliminer des parties déclives vers les parties supérieures, du fond du bassin vers la paroi abdominale, antiphysique et antiphysiologique". Ce drainage selon le même MOULONGUET, prédispose également à la longueur de cicatrisation de la paroi abdominale et à l'éventration.

Peut-être ces modalités d'emploi n'ont-elles pas toujours été respectées ce qui en a fait un procédé à tort décrié : ablation trop précoce, utilisation de produits trop détersifs, etc... Il n'en est pas moins vrai que ce type de drainage a connu un retentissement considérable dans les premières décennies de ce siècle. D'application exceptionnelle de nos jours, il n'en a pas moins gardé des indications très précises.

Nous verrons que ce drainage fut "amélioré" par quelques auteurs dont HUGUIER.

Vers la même époque fut créé le drainage vaginal auquel sont attachés les noms célèbres de PEAN, KELLY, SEGOND, DOYEN et RICHELLOT. En effet si les premiers drainages se faisaient par voie abdominale et c'était

logique, les hystérectomies totales étant d'exception, l'extension de ces dernières allait voir ce drainage naturel gagner bientôt droit de cité.

Les noms les plus célèbres rivalisèrent d'ingéniosités en matière de drainage. Tubes de caoutchouc (KOEBERLE 1867 ; KEITH), drain métallique (LUCAS - CHAMPIONNIERE) ; drains en T ou même grosses sondes (MALECOT ; PETZER) ; lames de caoutchouc ondulé indiquées et conseillées par Pierre DELBET ; drain cigarette (GOLDMANN) ; tente de GIBSON (mince lame de caoutchouc fenêtrée dans laquelle sont introduites des mèches de gaze fréquemment renouvelées).

Quelles que furent la conviction et l'ingéniosité avec lesquelles furent proposées les méthodes variées de drainage, ce dernier eut à la même époque de nombreux détracteurs : HEGAR (1886), DELBET même (1890), ROTTER-LATZKO (1920) et bien d'autres ont démontré que le drain de caoutchouc au bout de quelques heures était entouré d'adhérences épiploïques et intestinales et ainsi isolé des cavités à drainer. Il n'en est pas moins vrai que dit QUENU : "il n'empêche que le drain de sécurité placé après une opération bien réglée soit qu'il subsiste quelque petite surface cruentée suintante, soit qu'il y ait eu des temps sceptiques, même s'il n'a qu'une action localisée et temporaire, rend exactement les services qu'on lui demande : évacuer, pendant les 24 ou 48 heures qui suivent l'opération, le sang et la sérosité qui s'accumulent dans le foyer opératoire : éléments morts qui devront être résorbés. Ne vaut-il pas mieux les évacuer ?".

On peut donc considérer qu'au début du siècle, tous les procédés de drainage ont été expérimentés en matière d'hystérectomie. A cette date, il ressort que le drainage princeps de CHASSAIGNAC et KOEBERLE, c'est-à-dire le tube de caoutchouc fenêtré emporte les convictions de la majorité des défenseurs du drainage. En 1927, CADNAT et PATEL font le point en la matière et concluent à la supériorité du drainage vaginal (quelle qu'en soit la modalité) sur le drainage abdominal, le but étant

d'évacuer les substances accumulées dans l'espace mort réalisé par l'espace sous-péritonéal.

En 1938, A.GOSSET dans la thèse de son élève Y. SAUTTER, 11 ans après CADENAT et PATEL, fait un panorama fort complet des techniques de drainage en matière d'hystérectomie pour fibrome. Il convient d'opposer le drainage de la subtotale et de l'hystérectomie totale.

Le gros inconvénient de l'hystérectomie subtotale est la section du col temps septique et la persistance du moignon cervical au fond de l'excavation pelvienne. D'où la notion, chère à A. GOSSET, d'hystérectomie supravaginale mieux que sub-totale ; notion non point linguistique mais destinée à faire saisir la nécessité de réduire au maximum le volume de l'espace mort sous-péritonéal. Le drainage proposé est d'abord ascendant abdominal (drain dans le douglas).

Ce drainage, nous l'avons vu plus haut, fut violemment attaqué car générateur d'adhérences et donc d'occlusion post-opératoire. (YOVANOVITCH, HARRIGAUN, ROTTER, HAWKES, SONNENBURG, MONDOR, HUET).

Il semble donc qu'A. GOSSET ait rejeté le drainage abdominal tant pour sa nocivité que pour son inefficacité. C'est pourquoi le drainage déclive ou vaginal semble préconisé par l'auteur.

Ce drainage déclive fut proposé dès 1898 par BATIGNE, dans sa thèse. PERRIER en 1900 propose à son tour un dérivé du MIKULICZ qu'il intitule: MIKULICZ vaginal" (mèche iodoformée bourrée dans le douglas et retirée secondairement par voie vaginale).

SCHWARTZ (1897) conclut : "je suis toujours resté fidèle à l'ouverture large du vagin qui nous donne tous les avantages d'hystérectomie vaginale et constitue un gros drain naturel permettant l'écoulement"...

Dans les hystérectomies totales le drainage déclive répond au maximum d'efficacités après la suppression du col utérin. Efficacité confirmée par J.L. FAURE lui-même, pourtant farouche adversaire de la totale ; mais qui reconnaît cependant : "il n'y a dans la totale qu'un seul élément qui puisse agir dans le sens d'une diminution de la gravité par rapport à la subtotal : c'est la facilité de drainage, c'est l'ouverture permanente du fond du bassin"... A. GOSSET insiste néanmoins sur la nécessité d'une péritonisation étanche, cloisonnant le petit bassin et protégeant le péritoine.

Après la revue proposée par GOSSET dans la thèse de son élève SAUTTER, quelles furent par la suite les améliorations apportées au drainage dans l'hystérectomie ? Peu à vrai dire, quand on constate que la majorité des auteurs actuels continuent d'appliquer le principe du drainage vaginal par un tube de caoutchouc.

En ce qui concerne le drainage par voie vaginale, voie de choix, rien n'est venu remplacer le tube de CHASSAIGNAC. Le drainage aspiratif de REDON ne trouve pas dans ce cas une bonne indication, par manque d'étanchéité.

En revanche, ce drainage aspiratif paraît pour MAGENDIE parfaitement recommandable et efficace comme procédé de drainage par voie abdominale, mais il faut reconnaître que les auteurs lui préfèrent en la matière le tube vaginal.

Rappelons brièvement les circonstances de découverte du drainage dit "aspiratif de REDON". A la suite de l'étude par DELARUE, au congrès international de Chirurgie de Lisbonne, des phénomènes de la cicatrisation, ceux-ci schématiquement avaient été résumés à deux temps essentiels : détersion et coaptation. La première, assurée par le drainage, est indispensable pour engendrer une régénération normale ; la coaptation qui doit être rigoureuse pour prétendre assurer la cicatrisation per priman est très difficile à obtenir dans les plaies à vastes décollements (HALSTED,

Curages cervicaux ou inguinaux). Dans ces cas précis, il faut donc supprimer à tous prix les espaces morts et leur entretien ; autrement dit, assurer et maintenir le vide au niveau de la zone opératoire. Après échec des tentatives d'aspiration à la seringue, ou d'aspiration de type digestif, JOST, interne alors dans le service de Monsieur Henri REDON eut l'idée de brancher le tube de mise en dépression sur un flacon de transfusion transformé en machine pneumatique. Avant fermeture de la plaie une ponction cutanée est faite à distance de l'incision, de préférence dans une zone de peau non mobile sur les plans sous-jacents. Un tube de plastique est introduit dans la plaie par un trajet de plusieurs cms : diamètre optimum 3 mm ; son type : extrémité perforée à la manière d'un tube Dakin. Un point de fil maintient le tube et empêche les prises d'air au niveau de la traversée cutanée. La plaie est ensuite suturée de façon rigoureusement étanche, complétée par COLLODION élastique ou vernis chirurgical. Il ne reste plus qu'à mettre en communication le tube avec un flacon de plasma dans lequel un vide de 75 cm de mercure a été créé. "La partie se joue et doit être gagnée au cours de la première journée".

Nous nous sommes volontairement attardés sur cette découverte (1954) qui eut un retentissement considérable. Ces applications initiales (HALSTED, curage, amputation du rectum) se multiplièrent et très rapidement le drain de REDON fit son apparition comme méthode de drainage de l'hystérectomie.

Quant au drain de MIKULICZ (1880), bien qu'exceptionnellement indiqué, il est loin d'avoir quitté l'arsenal des drains. HUGUIER l'a d'ailleurs "amélioré" en proposant de remplacer les mèches du sac par des drains en grand nombre retirés progressivement, ceci afin d'assurer une rétraction plus élastique et plus complète des bords pariétaux et de limiter ainsi les risques d'éventration secondaire.

Ainsi se présente l'évolution des techniques de péritonisation et de drainage depuis la première hystérectomie abdominale de KOEBERLE

jusqu'à nos jours. Le tableau serait incomplet si on omettait les principes de drainage dans les hystérectomies élargies et les celluléctomies. Il semble que l'évolution actuelle confirme la préséance du drain vaginal (HUHUIER) : "le drainage gynécologique ne se conçoit que par le vagin". Certains y associent, fait paradoxal, un Redon aspiratif. D'autres (MAGARA) n'utilisent que le Redon qu'ils font sortir volontiers en présacré dans l'espace ano-coccygien. Ce sont là des variantes de détails sur lesquels il nous est inutile de nous y arrêter.

Telles se présentent les phases respectives qui ont marqué l'histoire de la péritonisation et du drainage en matière d'hystérectomie. Nous avons arbitrairement séparé ces deux chapitres pour la clarté de l'exposé. Il n'en reste pas moins vrai qu'ils sont tous deux intimement liés, une bonne péritonisation étant la garantie et la condition même d'un drainage efficace.

Il ressort d'ailleurs des conclusions tirées par la majorité des auteurs cités que c'est dans la parfaite réalisation de ce double temps opératoire que réside la simplicité des suites, toute attitude devant concourir à faire en sorte que la courbe thermique post-opératoire regagne le 37° de sécurité dans les plus brefs délais.

CONCLUSION

Plutôt que d'aborder cette étude sous un angle par trop didactique et chronologique, c'est à dire date après date, nous avons délibérément opter de sérier cette intervention et d'en étudier respectivement et successivement chacun des temps principaux. Choix destiné à éviter les redites et à souligner en quoi telle ou telle découverte a-t-elle amené un progrès tangible dans la réalisation de tel ou tel acte particulier. Ainsi nous avons démantelé l'hystérectomie en une succession de quatre temps : la coeliotomie gynécologique, le temps vasculaire, l'ablation de la pièce, la péritonisation et le drainage. Pour chacun de ces temps nous avons tenté de retrouver les dates marquantes ou les noms célèbres qui ont jalonné l'histoire.

L'abord de la cavité abdominale ne fut réellement possible qu'une fois contrôlée l'anesthésie du patient. S'il est classique de situer à 1847 la découverte de l'anesthésie (MORTON) nous avons vu que ce privilège revint en fait au chimiste H.DAVY (protoxyde d'azote, 1800). La découverte de l'antisepsie par LISTER en 1867 fit faire un réel progrès à la chirurgie, mais celle-ci n'avait pas attendu cette date pour faire ses premières armes. (Ovariectomie par S. WELLS en 1858). La première hystérectomie abdominale semble pouvoir être officiellement attribuée au strasbourgeois KOEBERLE (1863) rapidement imité par PEAN, tandis que le père de la chirurgie gynécologique française est incontestablement RECAMIER qui, dès 1829 pratique une hystérectomie vaginale.

Le temps vasculaire, longtemps redouté, a bénéficié indiscutablement des découvertes successives du tamponnement puis de la pince hémos-

tatique (QOEBERLE 1864, puis PEAN et KOCHER). Les problèmes de ligatures se posèrent rapidement avec âpreté tant en ce qui concernait le matériel que la technique. La pince à demeure ne mérite certainement pas la mauvaise renommée qu'on lui a injustement conférée : elle a certainement à son actif un bon nombre de survies.

L'ablation de la pièce ou hystérectomie proprement dite constitue bien sûr le chapitre princeps de notre travail. Il nous semble raisonnable de faire de J.L. FAURE le père de l'hystérectomie moderne. Son remarquable ouvrage (1906) fait incontestablement date. Son travail est dominé par deux idées directrices : la scepticité du col utérin, la nécessité "d'attaquer" les lésions annexielles par leur pôle inférieur c'est à dire de bas en haut. La scepticité des lésions, les redoutables pièges entraînés par ces dernières dans le petit bassin, expliquent la multiplicité des techniques proposées avant lui. (Décollation, transverse continue, etc...). Fait paradoxal avec ses conclusions J.L. FAURE rejette pratiquement la totale au bénéfice de l'hystérectomie subtotale.

Le début du siècle est marqué par une meilleure connaissance du cancer du col utérin avec son corollaire : généralisation de la totale. Progressivement, ses modalités techniques se verront simplifiées et codifiées tant dans son abord abdominal que vaginal. Plus lentement et sporadiquement, le principe de l'hystérectomie élargie, (codifié dès 1898 par WERTHEIM et CLARK) va connaître son plein épanouissement dans les dernières décennies. La radiothérapie, le dépistage précoce et cytologique vont venir utilement figurer dans l'Arsenal de la lutte anticancéreuse.

La péritonisation et le drainage ont rapidement été compris comme gestes essentiels aux bonnes suites de cette intervention. J.L.FAURE et PEAN, les premiers insistent sur la nécessité d'une bonne péritonisation. C'est dans ses modalités que vont s'affronter les auteurs au cours du siècle, mais nous verrons comment les procédés les plus ingénieux ne font que reprendre, bien souvent, sous un certain angle, les idées directrices élaborées par J.L.FAURE dès 1902.

Quant au drainage, il a bénéficié indubitablement de la découverte par CHASSAIGNAC en 1859 du tube fenêtré en caoutchouc. Les auteurs depuis, ont rivalisé en ingéniosité pour proposer le type le plus efficace et le moins nuisible. La découverte en 1880 par MIKULICZ de son sac à mèches fut loin d'être aussi nocive que certains ont bien voulu l'écrire. PEAN, KELLY, SEGOND, et d'autres encore ont utilement complété la panoplie des drains. Récemment, la découverte par JOST et REDON (1954) du drainage aspiratif fut incontestablement une grande date. Il n'empêche que KOEBERLE dès 1863 utilisait dans sa première hystérectomie le tube de CHASSAIGNAC... qui fait encore la majorité, de nos jours.

Ainsi, un siècle nous sépare de la première hystérectomie. Intervention manifestement complexe autrefois en raison du contexte opératoire et surtout des lésions même rencontrées, elle a gagné en efficacité, en simplicité... et en facilité. Le risque actuel est de voir se généraliser et se multiplier cette mutilation indubitable et profonde. La chirurgie gynécologique, à l'instar de ses disciplines voisines a considérablement progressé et il est bon de constater que les plus éminents de nos chirurgiens tendent à différer le plus longtemps possible, ce geste redoutable... bien que parfois salvateur.

Vu, le Président de Thèse
Professeur SICARD

Vu, le Doyen de la Faculté
Professeur G.BROUET

Vu, et Permis d'imprimer
Le Recteur de l'Académie de Paris
MALLET

BIBLIOGRAPHIE

I - BIBLIOGRAPHIE GENERALE :

I.- LECENE (P.)

L'évolution de la chirurgie.

Flammarion - 1923 - Paris, 230-260

II.- d'ALLAINES (C.)

Histoire de la chirurgie.

Presses Universitaires France - 1967 - Paris

III.- CASTIGLIONI (A.)

Histoire de la médecine.

Payot - 1931 - Paris, 1-19

IV.- BARIETY (M.) et COURY (Ch.)

Histoire de la médecine.

Fayard - 1963 - Paris, 704-711, 845

V.- DUMONT (M.) et MOREL (P.)

Histoire de l'obstétrique et de la gynécologie.

Simep Ed. - 1968 - Lyon, 67-70, 78-85

VI.- BRUNN (W.)

Histoire de la chirurgie (Traduction par C et A. COURY)

Lamarre - 1955 - Paris

VII.- DAREMBERG (C.)

Histoire des sciences médicales.

Bailliere - 1870 - Paris

VIII.- MONDOR (H.)

Anatomistes et chirurgiens.

Fragrance - 1949 - Paris

II - ARTICLES, TRAITES et MEMOIRES ORIGINAUX

- 1.- BARRAYA (L.) et NDJAGA (M.B.A.)
La péritonisation.
Encyclopédie med. Chir. Techniques chirurgicales.
Fasc. 40070
- 2.- BARRAYA (L.) et NDJAGA (M.B.A.)
Drainage abdominal.
Encyclopédie med. Chir. Techniques chirurgicales.
Fasc. 40075
- 3.- CADENAT et PATEL
Rapport au Congrès Français de Chirurgie. Octobre 1927
- 4.- CHARRIER (P-R)
Considérations et remarques pour servir à l'histoire du pyosalpynx.
Davy - 1892 - Paris
- 5.- CONTAMIN (R.) et FERRIEUX (J.)
Péritonisation. Drainage.
Encyclopédie. Med. Chir. Fasc. 41625
- 6.- CONTAMIN (R.) et GUEGUEN (Y.)
Quelques points particuliers de la technique de l'hystérectomie totale.
Rev. Franç. Gyn. Obst. - 1958 - 53 N° 4
- 7.- CONTAMIN (R), MOULIN (Cl.) et FERRIEUX (J.)
Les conditions du "bien-être" après hystérectomie.
Gyn. Obst. 1961, 60 N° 4
- 8.- CONTAMIN (R) et FERRIEUX (J.)
Hystérectomie par voie abdominale.
Encyclopédie Med. Chir. Fasc. 41600 - 41605 - 41610
- 9.- COPENHAVER (E.V.)
Hystérectomie vaginale.
Am. J. Obst. Gyn. Juillet 1962, 84, N° 1, 123-128
- 10.- CORDIER (G.)
L'hystérectomie vaginale. Ses indications et ses procédés.
Ann. de Chir. 18 Juin 1953, 29, N° 6
- 11.- CORDIER (G.) et THOYER-ROZAT (J.)
A propos de 100 cas d'hystérectomie vaginale.
Presse Med. 24 Décembre 1955, 63, N° 85
- 12.- D'ESOPO (A.)
Hysterectomy when the uterus is grossly normal.
Am. J. Obst. Gyn. Janvier 1962, 83, N° 1, 113-122

III

- 13.- ELBAZ (C.)
Hystérectomie totale intra-isthmique.
B.M. Soc. Chir. Paris 1963, 53, N° 3 - 4, 166-173
- 14.- FAURE (J.L.)
Sur un nouveau procédé d'hystérectomie abdominale totale ; la section médiane de l'utérus.
Press. Med. 1897, 5, 237 - 8
- 15.- FAURE (J.L.)
L'hystérectomie. Indications et techniques.
Doin Ed. 1906 - Paris - 47 - 107
- 16.- FAURE (J.L.)
A propos de l'hystérectomie vaginale rapide avec pinces à demeure.
Mem. Act. Chir. Janvier 1942, 68, N° 1 - 2, 8 - 13
- 17.- GOLUB (L-J)
A suture technique par complet abdominal hysterectomy.
Surg. Gyn. Obst. Novembre 1964, 119, N° 5, 1093-1095.
- 18.- GOSSET (A.)
Travaux de la clinique chirurgicale et du Centre anticancéreux de la SALPETRIERE.
Masson 1927 - Paris.
- 19.- GOSSET (A.)
Techniques chirurgicales.
Masson 1936 - Paris.
- 20.- GRAVES (W - K)
Abdominal hysterectomy in the obese patient.
Surg. Clin. North Americ. Août 1962, 42, N° 4, 941-946
- 21.- HEANY (N)
Hystérectomie vaginale.
Surg. Gyn. Obst. Juillet 1949, 89, N° 1, 94-95
- 22.- HUGUIER (J) et CERBONNET (G.)
Chirurgie de l'utérus.
Masson 1961 - Paris - 253-331
- 23.- HUGUIER (J.) et CERBONNET (G.)
Traitement du cancer invasif du col utérin en dehors de la grossesse.
Rev. du Prat. Premier Juin 1967
- 24.- JOHNSON (J-R), GARDNER (W-H) et DIDDLE (A-W)
Hysterectomy : management of the vaginal cuff.
Am. J. Obst. Gyn. Décembre 1963, 87, N° 7, 951-955

IV

- 25.- KOEBERLE (E.)
De l'ovariotomie.
Mem. Act. Imp. Med. (Paris) 1863, 26, 321-472
- 26.- KOEBERLE (E.)
Extirpation de l'utérus et des ovaires.
Gaz. Med. Strasbourg 1863, 23, 101
- 27.- LABRY (R.) et DUROUX (P-E)
L'hystérectomie subtotale haute.
Lyon Chir. Septembre 1962, 58, N° 5, 759-763
- 28.- LACOUR (J) et HOURTOULLE (F-G)
Les hystérectomies et les exentérations pelviennes pour cancer du col de l'utérus.
Encycl. Med. Chir. Techniques chirurgicales Fasc. 41730
- 29.- LAUDANSKA (E) et SIEROSZEWSKI (J.)
Aldridge - Meredith. Method for total abdominal hysterectomy.
Congress print. Romayor, Ed. Vienne 1961, 1, 247 (Biblio)
- 30.- MAGARA (M), IWAYA (H) SENDA (T)
Hystérectomie par voie abdominale dans le cancer du col utérin.
Encycl. Med. Chir. Techniques chirurgicales. Fasc. 41740
- 31.- MAGARA (M), IWAYA (H) SENDA (T)
Abdominal radical operation for cancer of the cervix.
Tokyo, Nippon medical school, 1965.
- 32.- MAGENDIE (M-J)
A propos des différents modes de drainage dans l'hystérectomie totale.
Bordeaux Chirurg. Juillet 1959.
- 33.- MAUPIN (J.M.) et coll.
A propos de l'hystérectomie totale intra-isthmique. C.R.
Soc. Franç. Gyn. Mai 1965, 35, N° 5, 423-426.
- 34.- MOCQUOT (P) et RUDLER (J.C.)
Traité de technique chirurgicale.
Masson. 1956. Paris. Tome V, 1 - 25
- 35.- MOCQUOT (P.) et RUDLER (J.C.)
Traité de technique chirurgicale.
Masson 1956. Paris. Tome V, 148-226.
- 36.- MOCQUOT (P.) et RUDLER (J.C.)
Traité de technique chirurgicale.
Masson 1956. Paris. Tome V, 29-31.

- 37.- PAPANICOLAOU (G) et TRAUT (H)
The diagnostic value of vaginal smears in carcinoma of the uterus.
Amer. J. Obst. Gyn. 1941, 42, 193-206.
- 38.- PEAN (J-E)
Ablation des tumeurs fibreuses ou myomes du corps de l'utérus par la voie vaginale.
Gaz. Hop. (Paris) 1886, 59, 445 - 7.
- 39.- POULHES (J) et SARRAZIN (R)
L'hystérectomie totale par désinsertion utéro-vaginale intra-faciale.
Gaz. Hôp. Paris, 20 avril 1961.
- 40.- RECAMIER (J.C.)
Invention du spéculum plein et brisé.
Bull. Acad. Med. (Paris) 1842 - 3, 8, 661
- 41.- REDON (H), JOST et TROQUES
La fermeture sous dépression des plaies étendues.
Mem. Ac. Chir. 31 Mars 1954.
- 42.- ROUHIER (G.)
Les indications actuelles de l'hystérectomie vaginale rapide avec pinces à demeure.
Mem. Ac. Chir. 12-19 Novembre 1941, 67, 28-29, 778-785
- 43.- SAUTTER (Y.)
Contribution à l'étude du drainage et de la péritonisation après hystérectomie pour fibrome.
Thèse Paris 1938.
- 44.- SUREAU (C.) et RAVINA (J.H.)
Les hystérectomies abdominales.
Presse Med. 26 Juin 1965, 73, N° 32, 1867-1869.
- 45.- SYMONDS (R-E) et PRAIT (J.H.)
Total abdominal hysterectomy by the Mayo clinic.
Surg. Gyn. Obst. Septembre 1961, 113, N° 3, 379-386.
- 46.- WALDEYER (L.)
Abdominal total extirpation oder supra vaginale uterus amputation.
Arch. F. Gyn. 1961, 195, 228-232 (Biblio)
- 47.- WIART (P.)
Sur quelques points de la technique de l'hystérectomie abdominale totale pour fibrome et salpingite.
Journal de chirurgie Juin 1929.

TABLE DES MATIERES

INTRODUCTION	p. 1
CHAPITRE I : La coeliotomie gynécologique	p. 4
CHAPITRE II : La ligature vasculaire	p. 9
CHAPITRE III : L'ablation de la pièce	p. 12
CHAPITRE IV : La péritonisation et le drainage	p. 33
CONCLUSION	p. 44
BIBLIOGRAPHIE	I à V
